N° 34

DES

ABCÈS DU FOIE

CONSIDÉRÉS SURTOUT AU POINT DE VUE

DU TRAITEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 21 juin 1884

PAR

Auguste PY

Né à Mont-Louis (Pyrénées-Orientales)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RIGOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✻ ✠.... Doyen
COMBAL ✻ ✠..... } Assesseurs
GRASSET..... ....}

Professeurs.

	Messieurs :
Pathologie externe.	BOYER ✻.
Accouchements.	DUMAS ✻.
Clinique médicale.	DUPRÉ ✻ C ✠.
Anatomie.	BENOIT ✻ ✠
Clinique médicale.	COMBAL ✻ ✠.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER ✻.
Physique médicale.	MOITESSIER ✻.
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL ✻.
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur.méd.	PLANCHON ✻ ✠.
Physiologie, chargé du cours.	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale. id.	N...
Opérations et appareils.	N...

MARTINS (O. ✻) FONSSAGRIVES (O. ✻), COURTY ✻. Profes honor.

Chargés de Cours :

Clinique des maladies des enfants. MM. BATTLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan. GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards. HAMELIN, agrégé.

Agrégés.

Messieurs :	Messieurs
JACQUEMET.	MOSSÉ.
DE GIRARD.	REGIMBEAU ✻.
SERRE.	TÉDENAT.
ROUSTAN.	DUMAS fils.
CARRIEU.	BLAISE.
MAIRET.	BAUMEL.
CHALOT.	VILLE.
BIMAR.	GRANEL.
LANNEGRACE.	

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire,

Examinateurs de la Thèse :

MM. BOYER, *président ;*
JAUMES, professeur ;
CARRIEU, agrégé ;
REGIMBEAU, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la Mémoire de ma Mère

A la Mémoire de mes Frères

A. PY.

A MON PÈRE

A MES SŒURS

A. PY.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur BOYER

Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES

A. PY.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A. PY.

AVANT-PROPOS.

En abordant cette question, nous n'avons pas eu l'intention de donner une description complète des abcès du foie selon les causes, et elles sont nombreuses, qui peuvent leur donner naissance. Nous nous sommes proposé d'étudier seulement les abcès du foie des pays chauds, l'*hépatite circonscrite suppurée* des auteurs.

Ce sujet nous a été inspiré dans le service de M. le professeur-agrégé Tédenat, par l'examen d'un malade porteur d'un vaste abcès consécutif à la dysenterie.

Nous avons cru utile de consacrer les premiers chapitres à l'Etiologie, à l'Anatomie pathologique, aux Symptômes et au Diagnostic de la maladie. Nous avons résumé dans quelques pages ce que contiennent les ouvrages sur ces points importants.

L'étude des différents modes de traitement occupe une plus large place. Nous avons envisagé la question sous toutes ses faces et nous nous sommes efforcé de faire ressortir les avantages et les inconvénients de chaque procédé. Celui de Stromeyer-Little, qui ne date que de 1878, nous a paru avoir marqué un progrès immense dans la thérapeutique de l'hépatite; par l'heureuse application de l'*antiseptie* à l'ancien procédé de l'incision de Dutroulau, et par les beaux résultats qu'elle a déjà donnés, cette méthode est appelée

à obtenir, dans un avenir prochain, la préférence de tous les chirurgiens qui voudront employer un moyen radical.

Avant d'entrer en matière, nous tenons à remercier MM. Mossé et Tédenat, professeurs-agrégés, pour la bienveillance qu'ils nous ont montrée, et les bons conseils qu'ils nous ont donnés pour rédiger le modeste travail que nous soumettons à l'appréciation de nos Juges.

DES ABCÈS DU FOIE

CONSIDÉRÉS SURTOUT AU POINT DE VUE DU TRAITEMENT

ÉTIOLOGIE.

L'hépatite suppurée, rare dans nos climats, s'observe ordinairement dans les pays chauds. Elle règne à l'état endémique en Algérie, aux Indes, au Mexique et au Sénégal. L'altitude, le haut degré de température et les variations atmosphériques ont une grande influence sur son développement.

La maladie atteint de préférence les individus non acclimatés qui se livrent à des excès de table, à l'alcoolisme ou à de grandes fatigues.

L'hépatite s'accompagne si souvent de dysenterie, que les auteurs ont cru voir dans l'une la cause de l'autre. Pour Broussais, Budd, Andral et M. Gallard, la lésion génératrice serait les ulcérations dysentériques: les matières septiques de la dysenterie, accumulées dans l'intestin, passeraient dans la veine porte par l'intermédiaire des veines mésaraïques, et s'arrêteraient dans le tissu hépatique pour donner lieu à la formation de l'abcès.

Cette théorie est appuyée par 60 observations, recueillies

à King's College Hospital par Budd, qui a trouvé 39 fois des ulcérations de l'intestin produites par une dysenterie antérieure à l'hépatite.

Cependant la majorité des auteurs préfèrent admettre l'opinion de Dutroulau, d'après laquelle les deux affections seraient les effets d'une même cause miasmatique dépendant des qualités du sol, mais différente de la malaria et capable d'exercer son influence isolément ou simultanément sur le foie et sur l'intestin prédisposés déjà à l'inflammation.

Dutroulau (1) a remarqué, en effet, qu'en dehors de la coïncidence, l'hépatite et la dysenterie présentent d'autres points de contact: graves l'une et l'autre en même temps et se terminant par la mort, elles sont, au contraire, très bénignes pendant des périodes d'endémie simples, sujettes à récidiver, l'acclimatement n'existe ni pour l'une ni pour l'autre; si l'on remonte enfin à leur origine, on trouve plusieurs causes communes, telles que le refroidissement, la mauvaise alimentation et l'alcoolisme.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Le foie atteint d'hépatite est augmenté de poids et de volume, gorgé de sang, de couleur lie de vin (Foiret, Th. de Paris, 1870). Autour des abcès, le tissu hépatique subit un ramollissement rouge, une sorte de splénisation (Andral).

A une période rapprochée du début, les parois de l'abcès sont inégales, anfractueuses et constituées par la substance

(1) Dutroulau, Mémoires de l'Acad. de Méd., 1856, p. 207.

hépathique ramollie, infiltrée de sérosité purulente. Plus tard, le travail ulcératif se régularise, les parties du foie comprises dans la suppuration se détachent et la surface interne devient lisse et uniforme. Elle est constituée en ce moment par du tissu embryonnaire, analogue à celui des bourgeons charnus qui tapissent un ulcère. Enfin, lorsque l'abcès est ancien, il se produit une véritable coque fibreuse très adhérente au tissu sous-jacent.

La quantité de pus renfermée dans un abcès du foie s'élève souvent à 4 ou 500 grammes et peut dépasser 3 litres ; le foie tout entier est changé alors en un vaste kyste purulent. Le pus est blanc, épais et sans odeur quand il ne communique pas avec l'extérieur ou avec un organe voisin. Si l'abcès est récent, le pus a une couleur chocolat caractéristique qu'il doit aux cellules hépatiques tenues en suspension.

Le point de départ de l'inflammation n'est pas encore certain pour les auteurs. Cependant en se basant sur ce qu'on observe pour les abcès métastatiques, on est porté à croire que le tissu conjonctif interlobulaire s'enflamme primitivement. Voici d'après Cornil et Ranvier quelle serait la marche en pareil cas : « Sur le fond rouge dû au remplissage par le sang de tous les vaisseaux capillaires d'un lobule, on voit bientôt apparaître, au milieu du lobule, un petit point blanc qui n'est autre qu'une gouttelette de pus à peine visible à l'œil nu. Le pus augmente et la suppuration envahit bientôt la plus grande partie du lobule. Sur des sections minces de ces lobules préalablement durcis, on voit les vaisseaux capillaires remplis de sang contenant des globules blancs avec des globules rouges. Autour des capillaires, dans le tissu conjonctif qui les accompagne, des globules blancs se sont épanchés. Ces éléments cellulaires entourent les rangées de cellules hépatiques, les compri-

ment et les étouffent. Les cellules hépatiques deviennent alors granuleuses, s'atrophient et se réduisent en fragments granulo-graisseux. Leurs noyaux deviennent libres ou restent là, entourés d'une petite quantité de protoplasma, au milieu des globules de pus qui remplissent les intervalles entre les capillaires. Ceux-ci ne tardent pas à se ramollir et on n'en trouve plus trace lorsque le foyer a envahi le lobule tout entier. » Plus tard, ces lobules par leur union forment les grands abcès.

Quant au mécanisme qui préside à la formation des abcès, il n'est pas encore bien connu faute de notions précises. Si la dysenterie est antérieure à l'hépatite, il paraît rationnel d'attribuer la suppuration à une phlébite par propagation; des ulcérations dysentériques ont permis même quelquefois de suivre pas à pas l'inflammation. Dans tous les autres cas, bien qu'on ait fait intervenir la théorie de l'embolie, la preuve anatomique n'a pas été donnée.

SYMPTOMES.

Pour rendre notre description plus nette, nous avons divisé les symptômes en deux catégories: les symptômes subjectifs et les symptômes objectifs.

SYMPTOMES SUBJECTIFS.

1° Douleur. — La douleur est un symptôme fréquent et souvent le seul qui fasse soupçonner l'inflammation du foie. Rouis l'a observé 77 fois sur 177 malades. Ses caractères sont très variables. Parfois nulle ou donnant simplement

lieu à un peu de pesanteur dans l'hypochondre droit, tant que l'inflammation reste confinée dans le centre de l'organe, elle devient vive et persistante lorsque la capsule de Glisson est atteinte. Sourde, comprimante, non superficielle comme la douleur qui accompagne le rhumatisme musculaire (Gallard), elle ne présente d'élancements qu'au moment de la suppuration. Elle est d'ailleurs exagérée par les mouvements, la pression, la toux et les efforts d'inspiration.

Selon que l'abcès se forme à la face concave ou à la face convexe du foie, elle siège à l'épigastre ou au niveau des derniers espaces intercostaux. Elle s'irradie vers les lombes, le sacrum et vers l'épaule droite ; l'irradiation vers l'épaule est celle qu'on observe le plus souvent (28 fois sur 163 cas, Rouis). Parfois plus vive même que la douleur de l'hypochondre, la douleur de l'épaule est due à l'irritation du nerf phrénique, et Annesley en fait un signe de la suppuration de la face convexe.

2° *Troubles respiratoires.* — Les malades ont une respiration courte, fréquente, incomplète et costale, par suite de la paralysie du diaphragme. Cette dyspnée n'est pas toujours en rapport avec la gravité de la lésion : très prononcée lorsqu'il existe de la péritonite sous-diaphragmatique, au point de faire croire à une complication pulmonaire, elle peut manquer dans de vastes abcès du centre. Ce symptôme est la conséquence d'une véritable insuffisance de la respiration. En effet, la partie inférieure du poumon droit refoulée par l'hypertrophie du foie se trouve comprimée, et on entend à son niveau un murmure vésiculaire très faible, parfois une respiration bronchique.

Une toux brève et sèche tourmente également les malades. Provoquée quelquefois par la congestion pulmonaire, cette

toux est le plus souvent d'ordre réflexe (*tussis hepatica* de Galien).

3° Troubles circulatoires.— La fièvre n'apparaît guère qu'à la période de suppuration, s'il n'y a pas de complication du côté des séreuses. «C'est une propriété particulière, dit Fouquier (1), aux organes parenchymateux et principalement au foie, de ne pas causer de la fièvre alors même qu'ils sont bien malades.»

D'après Andral, Annesley et Haspel, on observe d'abord des frissons qui font place à des accès de fièvre ordinairement irréguliers. Lorsque ces accès sont réguliers, à type quotidien, ils simulent très bien les accès palustres. Alors le sulfate de quinine est seul capable de mettre sur la voie du diagnostic dans des pays où les fièvres paludéennes sont aussi communes que les abcès du foie. Pourtant, les auteurs font remarquer que dans l'hépatite, les accès apparaissent le soir et que le stade de sueur manque souvent. Plus tard, la fièvre devient continue avec exaspération vespérale, et le thermomètre présente des oscillations de un à trois degrés dans la même journée.

Dans les formes graves, le pouls est petit et concentré. Le malade couvert de sueurs froides, collantes et souvent fétides (Dutroulau), est pris de frissons violents à des intervalles éloignés. Charcot (2) dit que ses frissons sont toujours l'indice d'une affection hépatique ou rénale.

4° Troubles digestifs et intestinaux.— Nous avons vu que la dysenterie est souvent le symptôme initial de l'hépatite. La maladie est alors plus grave parce qu'elle aboutit

(1) Fouquier, *Gazet. des hôp.*, 16 novembre 1844.
(2) Charcot, Leçons sur les maladies du foie et du rein.

plus tôt à la cachexie, et que les abcès restent au centre du parenchyme hépatique sans révéler leur présence. Lorsque la maladie est confirmée, on observe plus souvent de la constipation.

Il n'est pas rare de voir l'hépatite débuter par les symptômes d'un embarras gastrique: inappétence, langue saburrale, vomissements muqueux. Ces phénomènes, s'ils persistent, masquent l'inflammation du foie pendant un certain temps.

L'ictère est un symptôme exceptionnel et tardif (26 fois sur 155 cas, Rouis). Dutroulau, Rouis et Haspel croient qu'il est dû à l'oblitération des canaux biliaires, tandis que Rendu (1) soutient «qu'il ne se montre que dans les hépatites suppurées à marche très rapide, où il y a simultanément désorganisation du foie et déglobulisation du sang excessive.»

SYMPTOMES OBJECTIFS.

1° Hypertrophie du foie.— Rouis a observé l'hypertrophie du foie 73 fois sur 122 malades, et pense qu'elle ne commence à apparaître qu'à la période de suppuration. Avant, l'exploration locale ne révèle le plus souvent aucune modification dans le volume et la forme de l'organe.

L'hypertrophie est assez marquée dans certains cas pour être constatée par l'inspection seule. Le foie abaissé vient faire saillie au-dessous des fausses côtes; les derniers espaces intercostaux sont élargis et repoussés en dehors, l'épigastre est soulevé. D'autres fois, au contraire, le foie remonte dans la cage thoracique et remplace la sonorité du poumon par une matité que Dutroulau a perçue jusqu'au

(1) Rendu., Article *Foie* du Dict. encyclopédique.

niveau du troisième espace intercostal. La mensuration des deux côtés de la poitrine donne alors une différence de 1 à 3 centimètres en faveur du côté droit.

Quand l'abcès se forme, la palpation donne une sensation de rénitence et d'empâtement ; à une période plus avancée, la fluctuation est sentie par le doigt explorateur, et on peut voir survenir de l'œdème de la peau du thorax ou de l'abdomen, selon que la suppuration se dirige vers l'une ou l'autre de ces régions.

2° *Attitude.* — Les malades sont couchés dans le décubitus dorsal avec le corps incliné à droite et la jambe fléchie sur lui (Valleix, Rouis, Dutroulau), ou bien en conservant le même décubitus, ils incurvent le corps à gauche (Annesley, Gallard).

Ces deux positions préviennent la douleur par un mécanisme différent. L'inclinaison du corps à droite relâche tous les muscles de la région, mais les côtes en s'abaissant peuvent comprimer le foie et réveiller la douleur. L'inclinaison à gauche, au contraire, en déterminant la tension des muscles abdominaux, comprime le foie d'une façon régulière, l'immobilise et le soustrait ainsi aux mouvements résultant de la respiration, de la toux, etc....

3° *Pâleur ictérique.* — L'ictère se montre rarement, avons-nous dit, mais les malades présentent tous une coloration particulière de la peau, à laquelle Dutroulau a donné le nom de *pâleur ictérique.* Cette coloration tient le milieu entre la coloration franchement jaune de l'ictère et la couleur jaune-paille du cancer.

4° *Urines hémaphéiques.* — Gubler a montré que dans toutes les altérations profondes du foie, les urines présen-

taient des caractères particuliers auxquels il a donné le nom d'*hémaphéisme*. Voici quels sont ces caractères que le médecin doit toujours rechercher dans un cas de diagnostic douteux : souvent peu abondantes, les urines hémaphéiques ont une couleur ambre rouge, elles teignent le linge en rougeâtre et donnent par l'acide azotique une coloraion brun-rouge comparable aux veines de l'acajou vieilli (1).

DIAGNOSTIC.

L'hépatite peut être confondue avec la congestion simple du foie, la fièvre bilieuse des pays chauds, la pleurésie diaphragmatique, la pleurésie purulente, les kystes hydatiques, les abcès des parois abdominales, le cancer du foie et la dilatation kystique de la vésicule biliaire. C'est dans cet ordre que nous allons étudier le diagnostic de l'hépatite d'avec ces affections diverses :

1° *Congestion simple du foie.* — La congestion simple du foie observée aussi dans les pays chauds à la suite d'accès palustres, présente les mêmes phénomènes que l'hépatite au début : foie douloureux et hypertrophié, troubles gastro-intestinaux, ictère.

Toutefois, dans la congestion le foie forme une tumeur unique et uniforme, et la rate participe à l'hypertrophie ; l'ictère est plus fréquent et on n'observe pas les frissons du début de l'hépatite. Enfin, les accidents n'ont pas une marche si rapide, et ils sont promptement amendés par un trai-

(1) Nisseron, Thèse de Paris, 1869.

tement antiphlogistique, aidé de l'administration du sulfate de quinine.

2° *Fièvre bilieuse des pays chauds.* — La fièvre bilieuse a de nombreux points de ressemblance avec l'hépatite. Toutes les deux entraînent, outre l'hypertrophie du foie, de la dyspepsie, de la fièvre, de l'ictère et des troubles gastro-intestinaux.

On les distingue aux caractères suivants: dans la fièvre bilieuse, l'épistaxis est un symptôme du début qu'on n'observe pas dans l'hépatite. L'ictère, rare et tardif dans l'hépatite, se rencontre souvent dès l'invasion de la fièvre bilieuse. La dyspnée et la toux sont fréquentes dans l'hépatite, et cette dernière est un phénomène réflexe qui retentit douloureusement sur le foie. Dans la fièvre bilieuse, les deux symptômes se rencontrent également, mais outre que la toux ne retentit pas dans l'hypochondre droit, elle paraît toujours être le résultat d'une fluxion pulmonaire, analogue à celles qui marquent le début des autres fièvres essentielles, et qu'expriment, à l'auscultation, des râles sibilants et sous-crépitants. L'intermittence vraie, avec les trois stades, domine dans la fièvre bilieuse, tandis que dans l'hépatite on n'observe que les paroxysmes et les rémissions qui se manifestent journellement dans toute phlegmasie parenchymateuse. Enfin, la diarrhée de la fièvre bilieuse est remplacée par de la constipation dans l'hépatite, et le traitement antiphlogistique, efficace au début de cette dernière, ne fait qu'aggraver l'état de la fièvre bilieuse.

3° *Pleurésie diaphragmatique.* — M. Guéneau de Mussy a indiqué les points de contact et les différences qui existent entre l'hépatite et la pleurésie diaphragmatique: « Mêmes douleurs réflexes sus-claviculaires, même saillie du foie dans

l'hypochondre, même répulsion des côtes au dehors, même possibilité d'un ictère ; dans les cas rares d'hépatite qu'il m'a été donné de voir, je n'ai constaté ni le point épigastrique, ni la dyspnée si intense, ni la difficulté du décubitus horizontal qui caractérisent la pleurésie diaphragmatique (1). »

4° *Pleurésie purulente.* — La confusion peut être faite plus souvent avec la pleurésie purulente. Dans les deux : matité, absence des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire, dyspnée, toux sèche, symptômes généraux quelquefois identiques.

Voici quels sont les signes différentiels de ces deux affections. Dans l'hépatite, la douleur est sourde profonde avec un point douloureux maximum, qui siège à l'épigastre ou au niveau des derniers espaces intercostaux. Dans la pleurésie, la douleur est plus vive et le point douloureux siège plus haut. Guéneau de Mussy a remarqué que dans la pleurésie, le liquide qui pèse sur le diaphragme a de la tendance à rapprocher ses insertions costales et à tirer les côtes en bas et en dedans, tandis que les abcès du foie en repoussant le diaphragme écartent et refoulent les côtes en haut et en dehors. De plus, la matité de la pleurésie se déplace suivant les différentes positions affectées par les malades, et elle est limitée en haut par une ligne horizontale ou concave en haut. La matité de l'hépatite, au contraire, ne se déplace pas et la ligne qui la limite est courbe et à concavité regardant en bas. A l'auscultation, le murmure, voilé dans la pleurésie, est très net dans l'hépatite au-dessus de la matité, et on n'entend ni souffle bronchique, ni râles muqueux, ni égophonie surtout. Enfin, les troubles digestifs qui sont la règle dans l'hépatite ne s'observent pas dans la pleurésie. Un dernier

(1) Guéneau de Mussy, Clinique médicale.

moyen de diagnostic très important consiste à faire l'analyse des urines qui sont normales dans la pleurésie et franchement hémaphéiques dans les abcès du foie.

5° *Kystes hydatiques.* — Les kystes hydatiques peuvent donner lieu à une méprise lorsqu'ils forment une voussure à la paroi abdominale. Ils se distinguent par leur accroissement lent, qui peut durer des années entières sans porter atteinte à la santé générale, par l'absence de la douleur, de la fièvre et la bénignité des symptômes en général.

Le diagnostic devient beaucoup plus difficile si le kyste passe à la suppuration. Les commémoratifs doivent alors être recherchés avec soin, et finalement on a recours à la ponction aspiratrice pour lever tous les doutes.

6° *Phlegmon des parois abdominales.* — La sensation de fluctuation ne doit pas faire croire exclusivement à un abcès du foie, on peut avoir affaire à un phlegmon des parois abdominales. Dans ce cas, Sachs, du Caire (1), applique une méthode d'exploration qu'il attribue à Middeldorpf, et à laquelle il donne le nom de *méthode akidopeirastique.* Elle consiste à enfoncer une aiguille dans la tumeur : si on est en présence d'un abcès des parois, l'aiguille reste complètement immobile ; elle exécute, au contraire, des oscillations coïncidant avec les mouvements respiratoires, si elle pénètre dans une tumeur du foie. Son extrémité libre se porte en haut pendant l'inspiration, en bas pendant l'expiration.

7° *Cancer du foie.* — Le cancer du foie se reconnaîtra aux caractères suivants : la douleur est plus vive que dans l'hépatite suppurée, la santé générale s'altère plus rapide-

(1) Sachs, du Caire, analysé par Van Leent, *Arch. de Méd. nav.*, t. XXX.

ment et la peau prend la teinte jaune-paille caractéristique, La palpation fait reconnaître des bosselures, des inégalités néoplasiques à la place d'une tumeur uniforme. D'ailleurs, le cancer du foie est secondaire le plus souvent, et toute erreur est évitée par le développement d'autres tumeurs cancéreuses sur les différentes régions du corps.

8° *Dilatation kystique de la vésicule biliaire.* — La vésicule biliaire peut se dilater au point de simuler un abcès. Voici d'après Frerichs (1), les signes qui la feront reconnaître : la tumeur formée par la vésicule dilatée ressemble à une poire et siège toujours au niveau de l'épigastre; elle ne présente pas l'empâtement des abcès, elle est molle et fluctuante dès le commencement, sans avoir été jamais dure ni solide. Enfin, les coliques hépatiques, en montrant l'existence de calculs biliaires, indiquent suffisamment la nature de la maladie.

(1) Frerichs, Traité des maladies du foie, p. 399.

TRAITEMENT (1).

Comme à toutes les inflammations, on peut reconnaître à l'inflammation du foie trois périodes : une période de congestion, une période de ramollissement et une période de suppuration. Comme la pneumonie, par exemple, l'hépatite peut également guérir sans suppurer ; c'est vers la résolution de l'inflammation que tend le traitement médical proprement dit. Nous allons passer en revue les différents moyens dont dispose le médecin.

Saignée. — La saignée a été recommandée comme un moyen héroïque. « Je me suis toujours applaudi, dit Portal, d'avoir promptement conseillé la saignée, et j'ai eu quelquefois le regret de ne pouvoir la prescrire (2). » Annesley, dans les Indes, ne s'abstenait d'ouvrir la veine que chez les alcooliques, de peur de provoquer chez eux des accès de *delirium tremens*. Dutroulau conseillait la saignée coup sur coup : si le pouls était plein et ferme et la douleur très intense, il faisait immédiatement une saignée de 400 gr. et recommençait le lendemain si les mêmes symptômes per-

(1) Des mémoires intéressants sur le traitement diététique de l'hépatite, écrits vers la fin du siècle dernier par La Barthe et Clot-Bey, médecins de l'Ecole de Montpellier, nous ont été communiqués au dernier moment par M. Boyer, notre savant président. Il nous a été impossible d'en faire une étude complète ; nous pouvons dire cependant d'une manière générale que ces auteurs, après un long séjour dans les pays chauds, accordaient une grande influence à l'alimentation sur le traitement. D'après Clot-Bey un régime sobre et dépourvu de boissons alcooliques serait à la fois un traitement prophylactique et curatif de l'hépatite.

(2) Portal, Traité des maladies du foie.

sistaient. Mais nul n'a fait ressortir, mieux que Broussais (1), les agréments des émissions sanguines dans les affections de ce genre, et pour cet illustre praticien même une constitution faible et lymphatique était une contre-indication de la phlébotomie.

Après cet enthousiasme observé à l'époque où les idées de Broussais étaient en vogue, nous assistons à la décadence et même au délaissement complet de la saignée. Mac Léan, dans le même pays où exerçait Annesley, lui refuse tout avantage et l'accuse de hâter toujours la suppuration: «Je suis resté 12 ans, dit-il, sans me servir de la lancette.» D'autre part. les auteurs sont unanimes à reconnaître que l'hépatite est une maladie souvent longue et qui aboutit à une cachexie profonde. Les forces du malade ne sauraient donc être trop ménagées et la saignée doit être tout à fait proscrite.

Il n'en est pas de même des saignées locales que nous n'hésiterions pas à employer; elles calment la douleur et agissent suffisamment sur la congestion hépatique sans porter atteinte à l'état général des forces. On applique des ventouses scarifiées et des sangsues; ces dernières, placées sur le pourtour de l'anus, ont une action plus grande sur la vascularisation du foie en agissant sur la circulation générale de la veine porte.

Calomel. — Les sels de mercure, le calomel notamment, sont administrés dans tous les cas d'hépatite. Annesley assure que le traitement des affections du foie par le calomel est devenu populaire dans les Indes. On attribue à cet agent une action spécifique sur le foie. D'autres le donnent à haute dose comme altérant, et croient voir dans la salivation qu'ils provoquent un signe de bon augure.

(1) Broussais, Mémoires de Méd. militaire, 1838, p. 144.

Nous croyons plutôt que le calomel agit comme purgatif, et à ce titre il doit être prescrit dans les cas compliqués de constipation. On fera bien d'imiter Annesley, qui le faisait prendre à la dose de 1 gr. en une seule fois.

Nous ne saurions cependant blâmer la conduite de M. Gallard (1), qui donne le calomel à la dose de 2 gr. par jour. Cette pratique n'a réussi que dans nos climats ; les habitants des pays chauds ne sauraient la suivre, car ils ont une disposition habituelle à la cachexie miasmatique et à l'anémie, et cette disposition serait augmentée par l'emploi du calomel à doses répétées.

Emétique.— M. Saiget d'Oran a essayé l'émétique à doses rasoriennes, et dit s'en être bien trouvé. Son action révulsive sur l'intestin est incontestable, mais Haspel (2) reconnaît à cet agent une autre action purement mécanique et non moins utile ; dans l'acte du vomissement, provoqué par l'émétique, le foie serait comprimé entre le diaphragme d'une part et les muscles abdominaux d'autre part, et cette compression aurait pour effet d'anémier l'organe.

Ainsi l'intolérance serait la meilleure condition de succès, et une pareille médication ne pourrait être supportée que par des constitutions fortes. Mais sans aller plus loin, nous ferons remarquer que l'émétique occupe avec juste raison la première place parmi les médicaments qui déprime les forces, il ne saurait donc convenir dans une maladie essentiellement adynamique, et nous la proscrivons à l'égal de la saignée.

Ipéca — L'ipéca semble avoir donné de meilleurs résultats. Mac Lean prescrit la poudre d'ipéca à la dose de 1 gr. à 1 gr. 50, associée à l'opium. Sous son influence, on observe

(1) Gallard, *Union méd.*, 1871, p. 680.
(2) Haspel, *Gaz. méd. de Paris*, 1846, p. 915.

une sédation notable de la circulation, une diaphorèse abondante et l'évacuation des selles bilieuses. L'ipéca jouit, en outre, de l'immense avantage de combattre la dysenterie, qui accompagne si fréquemment les abcès du foie.

L'usage de ce médicament n'est indiqué que dans les premiers temps ; plus tard, lorsque la suppuration est établie, par l'état nauséeux et les vomissements qu'il provoque quelquefois ses effets pourraient être nuisibles. L'abcès pourrait s'évacuer dans un organe important et amener une issue fatale.

Vésicatoires.— Les vésicatoires ne sont pas acceptés par tous les médecins. «C'est un mauvais moyen, dit Dutroulau, il n'agirait que comme excitant (1).» D'autres les accusent, en gênant l'inspection, d'empêcher de suivre la marche de la maladie. Sachs du Caire, au contraire, insiste pour qu'on applique un vésicatoire dès le début ; agir différemment est pour lui un péché (2). Haspel applique un large vésicatoire sur la tumeur quand la résolution a de la peine à se faire.

Au milieu de ces divergences, il n'est pas facile de se faire une opinion. Cependant, tenant compte des résultats obtenus par les vésicatoires dans la résolution des engorgements en général, nous pensons qu'il est sage de suivre la pratique de Haspel, qui a vu les vésicatoires réussir dans des cas où tous les autres moyens thérapeutiques avaient échoué.

Nous voici arrivé au point le plus important : l'inflammation hépatique a continué sa marche, la suppuration est inévitable, il faut alors recourir à un traitement chirurgical. Dès ce moment, l'unique but, très important encore, du traitement interne, consiste à soutenir les forces du malade qui

(1) Dutroulau, *loc. cit.*
(2) Sachs du Caire, *Archives de méd navale*, 1878, p. 358.

devra subvenir aux frais d'une longue suppuration ; le café, le quinquina sous toutes ses formes, le fer, l'arsenic même, tels sont les principaux agents de cette thérapeutique.

La chirurgie, en intervenant, se propose de frayer au pus une voie à l'extérieur. Mais il y a eu de tous temps des auteurs qui se sont opposés à l'ouverture des abcès du foie. Frerichs cite l'opinion de Mac Lean et de Cameron, tous les deux inspecteurs des armées anglaises dans les Indes; le premier est pour l'expectation pure et simple, le second pour l'intervention prompte. Les partisans de la non intervention donnent plusieurs raisons, dont voici les principales :

1° Au moment de l'opération, le pus peut fuser dans le péritoine;

2° L'air pénétrera dans l'abcès, d'où pyohémie;

3° L'opération peut hâter la terminaison fatale par la gangrène des tissus autour de la plaie;

4° La lésion déterminée par l'opération peut provoquer l'inflammation du foie.

A ces objections, les partisans de l'intervention répondent victorieusement :

1° La péritonite est également à craindre, et même elle est certaine si l'abcès fait irruption dans le péritoine. Dans la plupart des cas, il existe des adhérences ou on en crée; n'y en aurait-il pas, que les opérations récentes de Stromeyer-Little prouvent qu'on ne doit pas s'en préoccuper outre-mesure.

2° La pénétration de l'air est bien plus nuisible si l'abcès se fait jour à travers les bronches. Le danger réside plus dans le pus altéré par l'air que dans l'air lui-même, et à l'aide de la méthode antiseptique, nous pouvons prévenir l'action nocive de ces deux agents. Au moment de l'opération, l'air ambiant est d'abord saturé d'acide phénique, et plus tard l'ouverture large de la plaie nous permet de la nettoyer et

de la purifier facilement au moyen de lavages répétés. Comment arriver à ce résultat, lorsque l'abcès s'évacue par une voie plus ou moins tortueuse creusée dans l'intérieur du corps ?

3° La gangrène des tissus est un fait exceptionnel. Dans les cas rapportés par les auteurs, où on a trouvé les côtes cariées, on doit attribuer cet accident au retard apporté à l'opération (Haspel, Murchison).

4° La dernière objection est purement théorique et contraire aux faits observés. M. Lavigerie (1), dans sa thèse inaugurale, cite plusieurs expériences qu'il a faites sur le chien pour s'assurer de l'innocuité de la ponction: il a ponctionné jusqu'à dix reprises différentes le foie du même chien, et à l'autopsie il n'a trouvé que des lésions insignifiantes. Jaccoud rapporte un cas analogue observé chez l'homme, et qui ne fut suivi également d'aucun accident. La Société médicale d'Alexandrie a repris les expériences de Lavigerie sur une plus grande échelle, elle a opéré sur le bœuf, le chien et le lapin, et jamais la piqûre du foie n'a amené le moindre accident sérieux.

La tolérance du foie est donc établie pour la ponction, mais elle semble encore exister pour l'incision et la dilacération du tissu hépatique. Un fait remarquable et digne de convaincre à cet égard, est arrivé à Stromeyer-Little (2), qui a enlevé, au moyen de pinces, des lambeaux du foie d'un homme pour extraire un drain qui était tombé dans l'abcès ; quinze jours après la plaie était fermée.

(1) Lavigerie, Thèse de Paris 1866.
(2) Ayme, *Archives de méd. navale*, décembre 1880.

Enfin, la statistique démontre que la mortalité est bien moins élevée lorsqu'on intervient.

Non opérés.....morts 75 pour 100
Opérés..... — 48 —
(Rouis.)

Les chiffres relevés par de Castro *(Union méd.* 1870) dans les hôpitaux d'Alexandrie sont encore plus favorables,

Non opérés.....morts 80 pour 100
Opérés..... — 32 —

Nous croyons que c'est ici le lieu de parler des différents modes de terminaison des abcès. Leur courte exposition jettera un jour nouveau sur cette discussion.

« L'issue que se crée le pus, dit Fauconneau-Dufresne, n'est pas toujours heureuse, et sous ce rapport on peut établir deux distinctions : dans la première, le pus passe dans un organe où sa présence est encore plus dangereuse que dans le foie ; dans la seconde, il prend son écoulement directement ou indirectement en dehors du corps (1). »

Il n'est pas d'organe, en effet, dans les cavités thoracique et abdominale, que le pus des abcès du foie ne puisse envahir.

1° L'abcès s'ouvre dans le péritoine. Dans ce cas, si l'irruption est brusque, on observe une péritonite rapidement mortelle ; si la communication se fait par un petit pertuis, les adhérences empêchent l'effusion du pus dans toute la séreuse, mais il s'ensuit une péritonite chronique ou un foyer purulent enkysté dans le péritoine, deux états qui ne sont pas sans danger.

2° L'abcès a perforé le diaphragme et envahi la plèvre. Ensuite, s'il y avait des adhérences pleurales, le pus s'est épanché dans les bronches ; dans le cas contraire, il a envahi

(1) Fauconneau-Dufresne, *Revue méd.* 1846, p. 151

le tissu pulmonaire et provoqué une pneumonie gangréneuse. Ici mort rapide et inévitable, là guérison possible, mais danger d'infection purulente.

3° On l'a vu s'ouvrir dans l'estomac et dans le côlon; le pus est alors retrouvé dans les vomissements ou dans les garde-robes. Ces cas sont les plus heureux, mais non les plus fréquents.

4° On l'a vu envahir la péricarde et entraîner rapidement la mort par syncope. Cet accident est rare, mais la science en possède quelques observations authentiques (Dr Smith, cité par Fauconnau-Dufresne, Rokitansky, Rouis.

5° On l'a vu dans les cas les plus favorables venir faire saillie sous la peau de l'abdomen, sans prendre toujours le chemin le plus direct. On a pu l'observer décollant les plans musculaires, suivre les aponévroses et aller se montrer dans des régions éloignées du foie. Portal a vu un abcès énorme s'ouvrir dans le ventre et une fusée purulente remonter jusqu'au niveau de l'aisselle droite.

Enfin, nous citerons pour mémoire seulement les cas où les abcès se sont ouverts dans le rein ou dans la veine cave, (Fauvel, Delacour, *Gaz. des Hôp.*, 1858).

Si maintenant nous recherchons la fréquence relative de ces différents modes de terminaison, nous voyons qu'elle est loin d'être la même pour tous. Rendu donne les proportions suivantes pour 100 cas sur un ensemble de 563 observations empruntées aux différents auteurs: 55 fois l'abcès ne s'est pas ouvert, 5 fois il s'est ouvert dans la plèvre, 10 fois dans le poumon, 7 fois dans le péritoine, 2 fois dans le côlon, 1 fois dans l'estomac et 20 fois à travers les parois thoraciques et abdominales.

De ce tableau ne retenons qu'un fait, c'est que plus de la moitié des abcès (55 p. 100) ne s'ouvrent pas à l'extérieur. Mais ce qui nous intéresse encore davantage, c'est de savoir

si ces modes de terminaison sont compatibles avec la guérison. Consultons la statistique : sur 29 abcès ouverts dans l'estomac ou dans l'intestin et 30 abcès ouverts dans le poumon, M. Fauconneau-Dufresne n'a trouvé que 11 guérisons dans le premier cas et 15 dans le second (1). Les chiffres donnés par Rouis ne sont pas moins instructifs : de 15 abcès ouverts dans l'estomac ou le côlon, 8 seulement ont guéri, et le même auteur a observé 30 guérisons et 40 morts dans les cas où les abcès se sont ouverts dans le poumon ou dans la plèvre. Voici encore un résultat emprunté à Rouis : sur 203 terminaisons, 39 seulement sont parvenues à une guérison complète ; ces 39 guérisons se rapportent toutes à des abcès ouverts à l'extérieur, soit sur la peau, soit sur une muqueuse, et elles se répartissent ainsi : 17 fois le pus s'était fait jour à travers la paroi thoracique ou abdominale, 15 fois à travers les bronches, 4 fois il avait envahi l'estomac, 3 fois le côlon.

Est-ce à dire pourtant que le pus une fois collecté doive toujours amener une terminaison fatale si une issue favorable n'est pas créée par la nature ou par la main du chirurgien ? En d'autres termes, le pus d'un abcès du foie est-il susceptible de résorption ? M. Gallard pense que si la guérison est obtenue sans opération, l'hépatite n'avait pas dépassé la période de congestion. Haspel et Dutroulau, au contraire, sont affirmatifs en s'appuyant sur des examens nécropsiques : ayant eu l'occasion de trouver des cicatrices sur le foie d'individus morts d'affections autres que l'hépatite, ces auteurs n'ont pas hésité à les rattacher à d'anciens abcès qui avaient guéri par résorption du pus.

Ce mode de guérison exceptionnel sans doute, est généralement admis. Dans ce cas, il se forme autour de l'abcès

(1) Fauconneau-Dufresne, *loc. cit.*

une membrane résistante qui lui permet de s'enkyster, le pus est remplacé par une matière caséeuse, et au bout d'un certain temps, il ne reste plus qu'une cicatrice déprimée et occupant le plus souvent la surface du foie.

Résumons. Les abcès du foie qui guérissent par résolution sont si rares, qu'on ne doit pas y compter. Dans plus de la moitié des cas, le pus ne sort pas du foie et entraîne la mort par épuisement ; quand il se crée une issue au dehors, il peut ne pas prendre le chemin le plus favorable et dans ce cas encore, la terminaison est fatale à la majorité des malades. Enfin, les abcès qui s'ouvrent d'eux-mêmes à la peau étant ceux qui donnent le plus grand nombre de guérisons, le devoir du chirurgien, en intervenant, sera d'entrer dans la voie suivie par la nature curatrice.

Quand faut-il opérer ? Certains auteurs, tels que Budd, Frerichs, Morchead, n'admettent l'opération que dans les cas où l'abcès se dirige vers les parois thoracique et abdominale. Pour intervenir, ils attendent l'apparition de l'œdème de la peau ou au moins qu'ils aient perçu la sensation de fluctuation. Et pour ne pas être induit en erreur dans la recherche de cette dernière, Sachs, du Caire, donne les conseils suivants : « Sur toute la surface de la région du foie, dit-il, le bout du doigt médius tout à fait étendu, doit être enfoncé profondément pour rechercher l'endroit ou les endroits, siège d'une sensibilité particulière, et que l'on marque au crayon. A l'examen consécutif, le doigt explorateur ressent, si à l'endroit marqué les tissus ne sont ramollis, une certaine mollesse et quand le doigt est retiré vivement, on perçoit ce léger choc caractéristique que nous avons appris à reconnaître comme signe de la fluctuation (1). »

Cette pratique équivaut presque à une abstention complète.

(1) Sachs, du Caire, *loc. cit.*, p. 275.

Autant vaudrait laisser l'abcès s'ouvrir tout seul, sauf à élargir ensuite l'ouverture pour éviter une fistule. De plus, la fluctuation est un symptôme de la fin et avant qu'elle se produise, le malade peut mourir subitement à la suite de l'invasion du pus dans un organe important. « J'ai vu, dit Murchison, un malade avec un abcès du foie commençant à faire saillie à l'épigastre ; je proposai la paracentèse, mais comme on ne considérait pas le cas comme urgent, l'opération fut remise. Deux jours après, le malade mourut subitement. L'abcès, au lieu de s'ouvrir dans le côlon, avait fusé dans le péritoine (1). »

Heureusement la majorité des auteurs pense que si l'on a des raisons valables pour croire qu'il existe un abcès du foie, il n'y a pas un jour à perdre pour l'évacuer: c'est une question de sécurité. « Si on éprouve, dit Haspel, tant d'insuccès à la suite de l'ouverture de ces abcès, c'est sûrement parce qu'on pratique trop tard l'opération. Si vous attendez que la fonte de l'engorgement soit complète, vous courez le risque de voir l'abcès s'étendre, des fusées purulentes se répandre dans le parenchyme hépatique, la résorption du pus s'opérer et bientôt surgir tous les symptômes de la fièvre hectique. »

Boyer, dans son Traité de Pathologie, s'exprime à peu près dans les mêmes termes. « Si on attendait, dit-il, la fluctuation il serait à craindre que l'abcès ne s'ouvrît à l'intérieur, et dans les cas mêmes où cet accident n'aurait pas lieu, l'abcès étendrait ses progrès du côté du foie et détruirait une grande partie de son parenchyme, ce qui rendrait la maladie peut-être incurable. »

Mais comment reconnaître le siège de l'abcès et le moment de la formation du pus ? D'abord, c'est un fait d'ob-

(1) Murchison, Maladie du foie, Trad. Cyr., p. 195.

servation que l'abcès très souvent unique, siège ordinairement dans le lobe droit. On doit donc diriger ses recherches vers les derniers espaces intercostaux ou immédiatement au-dessous. Les symptômes généraux, comme les frissons répétés, le caractère lancinant de la douleur et surtout les exaspérations vespérales feront soupçonner la suppuration.

Ces signes d'une grande probabilité seront rendus certains par une ponction aspiratrice. Cette méthode de diagnostic simple à appliquer avec les appareils de Potain et de Dieulafoy, est supérieure à toutes les autres méthodes; elle établit le siège exact de l'abcès et elle permet en même temps de surprendre la suppuration à sa naissance.

Ainsi, il ressort des remarques précédentes, qu'à la question que nous nous sommes posée: *Quand faut-il opérer les abcès du foie?* On doit répondre : *Le plus tôt possible.*

Les procédés opératoires mis en usage pour le traitement des abcès du foie se divisent en deux catégories : dans les uns, on cherche à établir des adhérences préalables et on arrive graduellement sur la tumeur; dans les autres, on pénètre d'emblée dans l'abcès sans se préoccuper des adhérences. Les premiers seront décrits sous le nom de *procédés lents*, les seconds sous le nom de *procédés rapides*.

Procédés lents.

Procédé de Graves. — On pratique une incision longitudinale de deux à trois pouces qui comprend les diverses couches de la cavité abdominale. On s'arrête à environ deux millimètres du péritoine et on remplit la plaie de charpie. On attend ensuite trois jours pour donner le temps à l'irritation produite de faire adhérer intimement les deux feuillets

du péritoine. Alors seulement il convient d'évacuer toutes les matières contenues dans l'abcès.

Procédé de Bégin (1). — Ce procédé diffère peu du précédent; seulement, arrivé au niveau du péritoine, Bégin l'incisait sur une sonde cannelée. Si l'abcès était immobile après ce premier temps, il le perçait aussitôt, les adhérences étant jugées suffisantes. Dans le cas contraire, il se contentait de panser la plaie avec un linge cératé et de la charpie. Les jours suivants, la poche purulente, moins soutenue au niveau de l'incision, s'engageait dans la plaie, contractait des adhérences et s'ouvrait spontanément lorsque l'inflammation avait ulcéré ses parois.

Ces deux procédés, complètement abandonnés aujourd'hui, sont passibles des mêmes objections. La péritonite, au lieu de s'arrêter au niveau de la plaie, peut s'étendre facilement et devenir mortelle. Ce danger est surtout à craindre dans le procédé de Bégin. Rien ne prouve encore que l'abcès doive venir faire saillie au niveau de la plaie. Enfin, Budd a reproché aux deux procédés de provoquer la gangrène des parois de l'abcès.

Procédé de Récamier. — Ce procédé est celui qui a eu le plus de retentissement, et qui compte le plus de succès à son actif. Au bistouri, on substitue l'emploi des caustiques. Voici d'ailleurs comment opérait Récamier: il plaçait sur le point saillant de la tumeur 20 à 30 centig. de potasse caustique, il obtenait ainsi une eschare de 3 à 4 centimètres; puis, lorsque celle-ci se détachait, il remettait sur la plaie un nouveau morceau de potasse, et renouvelait l'opération jusqu'à ouverture de l'abcès qui avait lieu spontanément.

(1) Bégin, *Journal universel de méd. et de chir.*, 1830, p. 417.

Cette méthode a été modifiée sans que le principe ait changé. La potasse a été remplacée par la pâte de Canquoin dont l'action est plus régulière. On n'attend plus la chute des eschares, mais on les enlève avec le bistouri et on renouvelle ainsi plus rapidement les applications caustiques. Enfin, au lieu d'attendre l'ouverture spontanée de l'abcès, certains chirurgiens préfèrent l'ouvrir au moyen d'une incision cruciale.

Ce procédé présente assurément de grands avantages. A l'aide de l'application méthodique des caustiques, l'ulcération de la paroi abdominale se complique rarement d'érysipèle, accident assez fréquent dans l'incision au bistouri. La péritonite adhésive ne dépasse pas les limites de la plaie, et les adhérences paraissent assez solides pour prévenir l'écoulement du pus dans le péritoine. Enfin, l'ouverture large que l'on obtient permet de faire facilement des lavages antiseptiques.

Malgré ces agréments vantés par ses partisans, la méthode de Récamier n'aboutit pas toujours à un résultat heureux. « Il est des sujets, dit en effet Verneuil, dont la puissance plastique est peu considérable, et chez qui les applications caustiques les plus méthodiques ne parviennent pas à établir des adhérences entre le péritoine pariétal et le péritoine viscéral. »

M. Boinet, cité par Rendu, conteste la solidité des adhérences. « On ne doit pas perdre de vue, dit-il, que souvent les adhérences sont peu solides, et qu'elles peuvent se rompre après l'évacuation du foyer, en sorte qu'elles permettent au pus de tomber dans la cavité du ventre. Même après l'ouverture de l'abcès, la rétraction dont ses parois sont le siège se continue d'une façon incessante, concentrant nécessairement ses efforts sur le point où sont les adhésions ; celles-ci finissent quelquefois par céder. »

M. Boinet va même plus loin ; pour lui, « les adhérences

peuvent être préjudiciables dans certaines limites, et contraires au but que le chirurgien se propose. En effet, si l'on considère que les adhérences, en fixant le foie contre la paroi abdominale, empêchent la rétraction et la cicatrisation du foyer, on comprendra, et plusieurs faits l'ont démontré, que le foie ne pourra jamais reprendre sa position normale, attendu qu'il se trouve retenu et que, quand même le foyer s'est notablement réduit, il reste une cavité de dimensions variables, dont l'occlusion devient plus difficile. »

D'autres ont reproché à la méthode d'être très douloureuse; à notre avis, son plus grand inconvénient est la lenteur dans son mode d'action. Il faut une quinzaine de jours pour arriver sur le foie; que l'on se presse et qu'on multiplie les applications caustiques, on court le risque de provoquer l'inflammation du péritoine ou la gangrène des parois abdominales, et en supposant que ces accidents soient évités, les adhérences ainsi obtenues ne sauraient avoir assez de solidité pour n'inspirer aucune crainte.

La lenteur est donc une condition du succès de l'opération, et la méthode de Récamier ne peut pas être recommandée dans les cas où le malade, épuisé par la dysenterie ou par les progrès de la maladie, resterait exposé ainsi, durant deux semaines, aux dangers de la rupture fâcheuse de l'abcès, de l'infection purulente et partant d'une mort imminente.

Après le procédé de Récamier, nous ne ferons que citer, parmi les procédés lents, ceux qu'employaient Trousseau et Mac-Lean. L'illustre clinicien de Paris enfonçait une trentaine d'aiguilles, très proches les unes des autres, dans l'abcès, de façon à le maintenir fixé contre l'abdomen et obtenir une péritonite adhésive. Cette méthode, employée une seule fois par son auteur, n'a pas donné un bon résultat.

Mac-Lean, lui, pratiquait au niveau du foie plusieurs mouchetures, dans l'idée qu'elles donneraient issue au pus en se

comportant comme les fistules cutanées. Ce procédé vicieux n'est jamais entré dans la pratique.

Ponction aspiratrice. — Avant d'arriver aux procédés rapides proprement dits, nous parlerons de la ponction aspiratrice qui a donné de bons résultats dans quelques cas d'abcès du foie. M. Dieulafoy, dans son *Traité de l'aspiration*, rapporte l'observation due à M. Moutard-Martin, d'un gros abcès du foie guéri après deux pontions. La thèse (1) de M. Francoz contient également deux cas de guérison par la ponction capillaire; et nous avons pu voir M. Tédenat, professeur-agrégé, employer cette méthode dans son service de l'hôpital Saint-Éloi.

Observation I.

Coste Paulin, âgé de 44 ans, né dans le département de l'Hérault, domicilié à Aïn-Beida (Algérie), s'est livré dans sa jeunesse à des excès de table et de travail.

Antécédents héréditaires négatifs.

Coste a eu des accès de fièvres paludéennes à trois reprises différentes, de 1862 à 1868. Dans le courant du mois de septembre 1882, il a été atteint d'une dysenterie grave qui ne l'a quitté qu'au mois de juillet 1883.

A cette époque, le malade reprenait des forces au point qu'il pouvait se livrer aux travaux fatigants de boulanger, lorsqu'une violente douleur se fit ressentir au côté droit, en même temps que le foie augmentait de volume.

Les progrès de la maladie l'ayant obligé à entrer à l'hô-

(1) Francoz, Thèse de Paris, 1873.

pital de Constantine, les médecins firent le 12 février 1884, dans la région du foie, une ponction aspiratrice qui donna issue à 3 litres d'un liquide couleur chocolat. Le malade raconte que les médecins algériens crurent voir dans ce liquide des vers de la famille des tænias.

C'est dans ces conditions que Coste, revenu en France, entre le 3 mars à l'hôpital St-Éloi.

A l'examen, le côté droit présente une voussure considérable, la mensuration faite au niveau de l'appendice xyphoïde donne :

48 centimètres pour le côté droit,
46 — gauche.

La percussion fait constater un son mat depuis l'ombilic jusqu'au niveau du mamelon droit ; cette matité est égale à 22 centimètres.

La palpation permet de reconnaître un corps dur et résistant et la sensation de fluctuation s'observe dans un espace restreint, immédiatement en avant du rebord des fausses côtes.

Autres signes : douleur à l'hypochondre droit qui ne permet le sommeil que dans le décubitus dorsal ; toux sèche et fréquente due au tassement du poumon droit au niveau duquel la respiration est obscure ; anémie profonde, appétit conservé, température normale.

Les antécédents et les symptômes que nous venons d'énumérer font porter le diagnostic : abcès du foie des pays chauds. Prescription : sulfate de quinine, liqueur de Fowler.

6 mars. — Une ponction aspiratrice faite avec l'appareil de Potain, donne issue à 2 litres 1\2 de pus couleur chocolat. L'examen microscopique fait reconnaître dans ce liquide des globules rouges et blancs dégénérés, des cellules hépatiques, des bactéries et des bactéridies en grand nombre, mais aucun crochet d'échinocoques.

7. — Soulagement marqué. La douleur a disparu et les mouvements respiratoires sont libres. Le périmètre du côté droit ne mesure que 47 cent. et la matité du foie est remontée de 5 cent. sur la ligne mamelonnaire.

12. — La température, normale jusqu'à ce jour, s'élève à 38°6 le soir; vers 4 heures, le malade est envahi par un violent frisson qui fait place, vers 8 heures du soir, à une forte chaleur qui dure jusqu'à minuit.

Du 15 au 22 mars. — La douleur vive persiste. Exaspération vespérale, la température s'élève chaque jour à 39° et 39°5 vers 5 heures du soir, pour devenir normale le matin à 8 heures. Insomnie, la figure du malade est fatiguée, mais l'appétit est toujours bon.

23. Nouvelle ponction et nouvelle issue d'un liquide semblable au premier comme qualité et comme quantité.

24. Soulagement. Température normale. Pas d'exaspération vespérale.

1er avril. Le mieux se continue. Le malade qui a bon appétit, reprend de l'embonpoint et peut se promener dans la cour sans fatigue. Il n'a plus conscience des poches liquides qu'il disait se remuer dans l'intérieur de son corps. Le foie ne dépasse pas les fausses côtes.

6. Une dernière ponction est faite, mais il ne sort que quelques gouttes de sang.

10 avril. Le malade sort de l'hôpital en pleine convalescence.

24 avril. Coste entre de nouveau à l'hôpital, et raconte qu'il s'est fatigué en allant voir ses parents à Clermont. Tous les symptômes du début sont revenus : douleur vive, dyspnée, toux, exaspération vespérale; la matité a repris ses premières dimensions.

27. Un litre de pus est évacué par la ponction.

28. Soulagement insignifiant. Le foie n'a pas diminué de volume.

29. Nouvelle ponction avec injection au sulfate de zinc dans les proportions de 5 p. 100.

30. Le malade a passé une mauvaise nuit. La douleur est augmentée, le pouls est petit, la face grippée, les extrémités se refroidissent, et Coste vit jusqu'à 11 heures du matin, grâce à plusieurs injections d'éther.

On a fait aussi une injection de quinine dans la crainte d'un accès pernicieux.

La mort a été sans doute la conséquence d'une péritonite que l'autopsie, qui n'a pu être faite, n'a pas permis de constater.

La ponction aspiratrice, malgré son manuel opératoire très simple, accessible à tout le monde, doit être faite cependant avec certaines précautions. Une goutte de pus peut suinter dans le péritoine après la ponction et occasionner des accidents de péritonite. «L'immobilité absolue, dit Boinet, est indispensable après la ponction. Rien n'est plus intempestif que de faire asseoir ou déplacer le malade et surtout de chercher à apprécier, au moyen de la palpation, les changements subis par le foie. Il convient d'immobiliser la masse intestinale en soumettant l'opéré à l'influence de l'opium... Une journée suffit pour amener l'oblitération de la piqûre ; dès le lendemain, le danger est beaucoup moindre, et le surlendemain il est presque passé.»

Mais s'il est admis que la ponction aspiratrice bien faite peut guérir les abcès du foie, a-t-on le droit d'ériger ce moyen thérapeutique en méthode générale de traitement ? Nous devons reconnaître que la majorité des auteurs n'accordent qu'un rôle palliatif à la ponction aspiratrice.

Des résultats merveilleux obtenus par l'aspiration dans le traitement des kystes hydatiques, on arguerait, en vain, en

faveur de cette méthode pour guérir les abcès du foie. Voici pourquoi: le liquide hydatique est limpide, dénué de propriétés irritantes et renfermé dans une véritable poche; le pus des abcès, au contraire, a des propriétés noscives inhérentes à sa nature, dans une cavité qui n'est pas close, il est mélangé à des grumeaux et à des fragments du foie sphacélés qui ne peuvent pas s'évacuer par la canule: tous corps étrangers par conséquent, qui irritent continuellement le tissu hépatique, donnent toujours lieu à une nouvelle suppuration, et peuvent même provoquer des accidents infectieux, inefficacement combattus par des injections insuffisantes.

Nous conclurons que la ponction doit être recommandée avec de grandes réserves. Son innocuité, le soulagement immédiat qu'elle procure sont des avantages énormes qui doivent la faire accepter comme traitement du début de l'affection avant d'en venir à une opération plus dangereuse. Employée déjà pour éclairer le diagnostic, on peut la répéter plusieurs fois en laissant à la sagacité du médecin le soin de reconnaître le moment où elle devient inutile et même nuisible. Or, la marche des symptômes doit servir de critérium : si le pus se renouvelle plusieurs fois en égale quantité et prend une couleur jaune, si les forces s'épuisent, s'il survient de petits frissons, des accès fébriles erratiques, il n'est plus permis de compter sur *le tarissement mécanique* du pus, il faut recourir sans retard à un procédé rapide.

Procédés rapides.

Procédé de Horner.— Horner incisait couche par couche la paroi abdominale, et pour éviter l'entrée du pus dans le péritoine, il réunissait le foie à la paroi de l'abdomen au moyen de sutures profondes.

«C'est là un mauvais procédé, dit Rendu, parce que le

fil coupe le parenchyme glandulaire et l'irrite, et que d'ailleurs la suture ne saurait prévenir le suintement du pus dans la cavité péritonéale. Il faut donc le proscrire absolument.»

Procédé de Cambay. — A l'endroit où l'on perçoit la fluctuation, on ponctionne avec un gros trocart muni de sa canule et on évacue le pus; l'évacuation de ce dernier peut être hâtée au moyen de l'aspiration. Quand l'écoulement a cessé, on fait plusieurs injections antiseptiques dans l'intérieur de la cavité, et on laisse la canule du trocart à demeure pendant plusieurs jours. Telle est la manière simple d'opérer de Cameron dans les Indes, Ximénès au Mexique, Sachs au Caire, et Gallard et Mahé en France.

OBSERVATION II.

Publiée par M. Bouveret (1) dans le *Lyon Médical.* — Résumée.

B. C...., 45 ans, après avoir contracté une diarrhée rebelle en Afrique, entre à l'hôpital le 2 août 1880, dans le service de M. Boucaut avec tous les symptômes d'une pleurésie purulente.

L'état général s'aggravant, on propose la thoracentèse qui est refusée.

Je fus appelé à remplacer M. Boucaut; des symptômes de péri-hépatite me firent soupçonner un abcès du foie, l'examen des urines qui étaient hémaphéiques vinrent confirmer mon diagnostic.

Enfin, le 21 novembre, le malade s'étant décidé, on pratique une ponction qui donne issue à 800 grammes environ de liquide. Soulagement.

(1) Bouveret, *Lyon médical*, 1880, N° du 10 avril.

22 novembre. L'état général reste mauvais, et je choisis le procédé de Cambay pour vider rapidement la cavité.

24. L'état général devient meilleur. Le malade commence à manger, mais la diarrhée persiste. T. 38.

28. Le pus est fétide, la fièvre persiste. Les lavages et l'écoulement des liquides paraissent se faire d'une manière défectueuse ; j'élargis l'ouverture. J'incise parallèlement au rebord costal, à droite et à gauche de la sonde, dans une étendue de 6 à 7 cent. la peau et le tissu cellulaire et j'applique dans une partie de la plaie une raie de pâte de Canquoin.

30. L'ouverture est profondè, mais n'arrive pas jusqu'au foyer, malgré une seconde application de caustique faite la veille. Pressé d'obtenir un résultat favorable, je fais de chaque côté de la sonde un débridement avec le bistouri boutonné de 1 cent. environ. Une sonde volumineuse est introduite et joue librement dans l'ouverture. Le soir, on constate déjà un mieux sensible. Les lavages sont mieux supportés. T. 37°5.

1er déc. Nuit bonne. Pus moins fétide. La diarrhée a disparu. T. 37°5.

31 déc. Aucun accident n'est survenu. La cavité est à peu près oblitérée. L'appétit est bon et le malade est envoyé à l'asile des convalescents de Long-Chêne pour hâter sa guérison.

Cette observation intéressante nous montre que C.... ne doit sa guérison qu'à la large ouverture pratiquée par M. Bouveret. La dernière intervention du chirurgien de Lyon, disons-le en passant, ressemble beaucoup au procédé de Stromeyer-Little qui nous occupera bientôt.

Dutroulau rapporte également le cas d'un nommé Lebrun chez lequel l'état général devenait meilleur ou s'aggravait

selon que l'ouverture de l'abcès était libre ou obstruée par un bouchon celluleux.

C'est que l'emploi d'un trocart volumineux est la condidition *sine quâ non* du succès. Après une ponction trop étroite, le foyer se déterge mal, de là des dangers d'infection purulente qui disparaissent rapidement lorsque l'on ouvre largement l'abcès.

Même alors, des restrictions doivent être faites ; « quelle que soit la grosseur du trocart, dit Rochard, il fait toujours saillie à l'intérieur de la cavité, les grumeaux et les lambeaux sphacélés s'amassent autour de la canule et contre la paroi du foyer et entretiennent la suppuration (1) ; » grave inconvénient imparfaitement conjuré par les chirurgiens qui remplacent la canule à demeure par une sonde en gomme du même calibre et percée de trous latéraux. .

Procédé de Stromeyer-Little. — Jusqu'ici nous avons trouvé chez tous les chirurgiens l'idée dominante d'établir des adhérences entre les deux feuillets du péritoine. Le procédé de Cambay lui-même s'efforce d'atteindre ce but en laissant la canule à demeure après l'évacuation du pus.

Désormais, la question des adhérences ne doit plus entrer en ligne de compte dans une large mesure ; nous pouvons intervenir d'une façon directe, sans craindre la péritonite, en suivant la pratique inaugurée, en 1878, par le Dr Stromeyer-Little, médecin à Sang-Haï

Avant Little, des erreurs de diagnostic avaient déjà fait germer dans l'esprit de certains médecins l'idée d'ouvrir les abcès du foie au moyen du bistouri. La question a été nettement posée, en 1877, par M. Mossé, dans un rapport

(1) Rochard, Bul. de l'Acad. de Méd., 1880. Séance du 26 octobre.

lu par M. Hirtz (1) devant la Société anatomique de Paris. Notre sympathique professeur ayant observé un gros abcès du foie pris pour une pleurésie purulente et suivi d'une amélioration notable après l'opération de l'empyème, s'exprimait ainsi : « Serait-il permis dans un cas où l'on reconnaîtrait que l'on a affaire à un abcès du foie facilement accessible, de l'inciser et de le traiter absolument comme on fait de l'empyème ? » Plusieurs membres de cette Société savante se prononçaient pour l'affirmative, mais le mérite de résoudre ce problème revenait, quelques mois après, à M. Stromeyer-Little.

C'est que de toutes les branches de la chirurgie, aucune n'a fait plus de grands progrès dans ces derniers temps que la chirurgie de l'abdomen ; on serait aujourd'hui coupable de ne pas pratiquer sur cette région des opérations qu'on n'aurait pas même osé tenter autrefois dans des cas reconnus mortels.

Comment se laisserait-on arrêter par l'ouverture du péritoine ? Est-il permis de douter de la tolérance relative de cette séreuse quand on songe aux grandes incisions faites par Spencer-Wells, Kœberlé, Pean pour livrer passage aux tumeurs de l'abdomen ?

N'a-t-on pas attribué d'ailleurs à la péritonite beaucoup d'accidents qui résultaient de l'infection ? L'expérience a prouvé que la septicémie est une des causes les plus communes de la mort après l'opération de l'ovariotomie pratiquée dans de mauvaises conditions hygiéniques. La statistique ne laisse aucun doute à ce sujet : Spencer-Wells n'a adopté l'auxiliaire de la méthode antiseptique qu'en 1878, un peu avant sa 900e opération ; or, tandis que la mortalité de ses opérés s'élevait à 25 p. 100 avant cette époque, elle

(1) Hirtz. Bul. de la Société Anat. de Paris, 1879, p. 127.

s'est abaissée depuis à 11 p. 100. « Progrès relativement considérable, dit M. Courty, auquel nous empruntons ces chiffres, qui doit être attribué d'autant plus certainement au listérisme que la plupart des derniers cas étaient très compliqués (1).»

Qu'on ne soit donc pas étonné si M. Stromeyer-Little, avec une confiance illimitée dans la méthode antiseptique, a cru supprimer le plus grand danger de mort en prévenant la septicémie dans son traitement des abcès du foie. Dès les premières opérations, les résultats obtenus étaient si brillants qu'ils suffisaient déjà à lever tous les doutes : trois abcès traités par la nouvelle méthode guérissaient rapidement, tandis que vingt abcès traités précédemment par le même Dr Little, soit par l'incision sans précautions antiseptiques, soit par la ponction aspiratrice, avaient tous eu une terminaison fatale à la suite d'accidents infectieux.

Toutes ces considérations nous ont paru utiles à rappeler avant d'en venir à la description du manuel opératoire que nous connaissons par une relation du Dr Ayme (2), opéré et guéri lui-même d'un abcès de foie par le médecin anglais.

Soins préparatoires. — Ces soins relèvent tous de l'application générale de la méthode de Lister, Les instruments et les éponges sont plongés dans une solution forte d'acide phénique (5 p. 100). Les mains du chirurgien et des aides sont lavées dans une solution faible du même acide (2,50 p. 100). On fait autour du malade une atmosphère antiseptique en dirigeant sur lui un jet d'eau phéniquée pulvérisée. Cette atmosphère devra être maintenue pendant

(1) Courty, Maladies de l'utérus, p. 1297.
(2) Ayme, Archives de méd. navale 1880.

toute la durée de l'acte opératoire et du pansement. Enfin, le côté droit du tronc est lavé avec une éponge imbibée de la solution forte.

Opération. — A l'endroit où l'on soupçonne la suppuration, on enfonce l'aiguille de l'appareil Dieulafoy afin de s'assurer de la présence du pus et du siège exact de l'abcès. On peut laisser couler par la canule une certaine quantité de pus, bien que l'unique but de ce premier temps soit d'éclairer le diagnostic.

En se servant de l'aiguille comme conducteur, on fait alors une incision comprenant toutes les couches de l'abdomen et la paroi de l'abcès, large de 7 centimètres environ et parallèle à la direction des côtes, Pour donner un plus libre cours aux matières contenues dans l'abcès, on écarte les lèvres de la plaie au moyen de fortes pinces.

Lorsque l'écoulement a cessé, on fait des lavages antiseptiques jusqu'à ce que la cavité soit bien détergée ; on place un gros drain et on applique le pansement de Lister dans toute sa rigueur.

Une dernière indication consiste à nouer une bande de caoutchouc, glissée à l'avance sous le malade, afin d'exercer une compression uniforme et continue sur la région hépatique.

Observation III.

Communiquée par notre ami le Dr Fruitet — Inédite.

Louis François, lieutenant d'infanterie de marine, contracte la diarrhée de Cochinchine après un séjour de dix-huit mois au Tonkin. Débarrassé de cette affection, il est renvoyé en France et débarque à Toulon le 12 janvier 1884.

Le 4 février suivant, François entre à l'hôpital de Toulon pour des troubles digestifs intenses: vomissements réitérés de mucosités et de matières alimentaires, anorexie, constipation. T. 37°.

Prescription : Potion de Rivière et un lavement.

5. Les vomissements ont cessé, il y a eu une garde-robe.

6 à 9 février. Les vomissements se reproduisent; les selles n'ont lieu qu'après les lavements.

10. Le malade se sent fatigué et se plaint d'une douleur dans le flanc droit.

15. La douleur hépatique persiste, le foie est légèrement hypertrophié. Température prise à 8 heures du soir : 38°2.

17. Le foie a augmenté de volume : il remonte jusqu'au niveau de la cinquième côte et dépasse en bas d'un centimètre environ le rebord des fausses côtes. T. m. 37°4 ; T. s. 38°5.

21. La dernière nuit s'est passée sans sommeil. Douleur vive à la région hépatique et à l'épaule droite. T. m. 37°2; T. s. 39°5. On diagnostique un abcès du foie.

22. Ponction exploratrice à l'aide de l'appareil de Potain dans le 10^{me} espace intercostal sur la ligne axillaire. Le pus est rencontré à une profondeur de 5 centimètres; on pratique, séance tenante, une incision de 6 centimètres environ qui donne issue à 1 litre et 1\2 de pus couleur chocolat. On fait le reste de l'opération en suivant les préceptes de Stromeyer-Little.

22 au soir. Le malade se trouve mieux. Il respire bien, la douleur vive a disparu. T. 36°7.

23. Sommeil à peine interrompu depuis hier soir 8 heures jusqu'à ce matin 5 heures. Le malade ne ressent aucune douleur, il commence à manger.

25. Le malade dort bien. Deux selles normales dans la

journée d'hier. L'appétit revient. Les objets du pansement commencent à être moins souillés.

27 février au 15 mars. La diarrhée et des coliques intenses ont retardé la convalescence. Le foie, d'ailleurs, n'a plus dépassé ses limites normales et la température s'est toujours maintenue entre 36° et 37°5.

20 mars. Le pansement ne se fait que tous les trois jours; le drain est retiré tout à fait. Les troubles digestifs ayant disparu, les forces reviennent vite.

26 mars. Le malade sort complètement guéri.

Observation IV.

Due à l'obligeance de M. Tédenat, professeur-agrégé. — Inédite.

Fernand P...., 26 ans, étudiant en médecine, né à Villeveyrac. Gros mangeur, constitution forte, tempérament lymphatico-sanguin.

Antécédents héréditaires nuls.

Au mois de juillet 1881, P.... fut atteint d'une diarrhée assez intense (4 à 6 selles par jour), à laquelle se joignit un peu de dysenterie vers la fin du mois de septembre. Après la guérison, il resta un peu d'amaigrissement et quelques pesanteurs dans l'hypochondre droit.

Ces pesanteurs revenaient de loin en loin sans empêcher Fernand P.... de se livrer à ses habitudes. A la fin du mois de mai 1882, il se trouvait, par un temps froid et humide, sur le pont d'un bateau-mouche de la Seine, lorsqu'il fut pris par des frissons qui l'obligèrent à rentrer chez lui. Le lendemain il ressentait une douleur assez vive dans la région hépatique.

Cette douleur diminua d'intensité après quelques jours de repos, et P... put encore reprendre sa vie ordinaire.

Pourtant, dès ce moment, l'appétit fut moins bon, l'amaigrissement fit des progrès, et le 15 juin la douleur revenait plus vive dans la région hépatique. Un médecin consulté pensa à un épanchement pleurétique.

Peu à peu l'hypochondre droit se tuméfia, la douleur, sourde d'abord, présenta quelques élancements et s'irradia vers l'épaule droite et le cou. Enfin, le 6 juillet, P... arrivait à Montpellier, très souffrant, respirant avec peine, et tellement amaigri qu'il était méconnaissable. Il avait perdu 26 kilog. de son poids.

12 juillet. La matité du foie remonte sur la ligne axillaire jusqu'au niveau de la 4^{me} côte, en bas, elle dépasse la 12^{me} côte de 4 centimètres environ. La tuméfaction repousse les derniers espaces intercostaux qui sont saillants, la fluctuation est profonde. Anorexie complète, diarrhée, dyspnée. Exaspérations vespérales de la fièvre, sueurs nocturnes. Pâleur ictérique.

15 juillet. M. Tédenat, professeur-agrégé, assisté des docteurs Bourguet et Brun, pratique une incision antéro-postérieure, large de 5 centimètres entre la 10^{me} et la 11^{me} côte en un point culminant où la fluctuation est sentie. Le pus est rencontré à 5 centimètres de profondeur, et il s'en écoule 1 litre 1\2, de couleur chocolat et mélangé à des lambeaux de tissu hépatique. Un gros drain est enfoncé et on fait des injections avec : eau 900 grammes, alcool 60 grammes, huile de lavande 30 grammes.

Cette injection et le pansement sont renouvelés deux fois par jour.

16 juillet. Amélioration sensible. Pas de fièvre, la douleur est moins vive, la respiration se fait librement.

20 juillet. La quantité de pus diminue. L'appétit revient. La douleur a disparu.

Enfin, 21 jours après l'opération, le malade avait gagné 9 kilogr., et le trente-cinquième jour la guérison était complète.

Observation V.

Publiée dans les *Archives de méd. nav.* — Résumée par Rochard.

Paul Ayme, 30 ans, médecin de la marine, avait fait un séjour de deux ans dans l'Inde, lorsqu'il revint pour la deuxième fois en 1879. Au mois de mai, il contracta la diarrhée en passant à Saïgon. Il s'en débarrassa assez promptement, mais au bout de cinq mois il commença à ressentir des douleurs dans la région du foie; le volume de l'organe augmenta, la fièvre avec exaspération vespérine, les troubles digestifs et la teinte ictérique apparurent, et le 25 septembre il fut expédié à Sang-Haï dans l'hôpital anglais. L'amaigrissement était déjà notable. La matité était étendue, le foie débordait les fausses côtes, la respiration devenait pénible, et la température qui, le matin, oscillait entre 37° et 38°, s'élevait le soir jusqu'à 39° et 39°4.

L'opération proposée par le Dr Little fut repoussée par notre confrère, qui était suffisament édifié sur les suites habituelles de l'ouverture d'un abcès du foie, pour ne pas être pressé d'en courir la chance. Ce ne fut qu'au bout de deux mois qu'il y consentit, vaincu par les progrès constants de la maladie et séduit par les résultats brillants d'une opération faite sous ses yeux.

Une première ponction pratiquée dans le 9me espace intercostal rencontra le pus à 8 centimètres de profondeur et en évacua environ 80 grammes ; mais ensuite il ne vint plus que du sang pur, et il s'écoula en assez grande abondance pour

qu'il fallut suspendre l'opération. La petite plaie fut pansée à l'huile phéniquée et aucun accident ne se manifesta. Seulement la dyspnée, la fièvre et les troubles digestifs augmentèrent, et le 17 novembre l'opération radicale fut faite par le Dr Little, avec le concours des docteurs Mac-Lean, Pichon et Soland de Kerguelen. L'incision donna issue à une quantité de pus évaluée à 1 litre 1/2 ou 2 litres, et mélangée à des lambeaux de foie sphacélés.

A partir de l'opération, la dyspnée et le malaise ont complètement cessé, la fièvre n'a pas reparu un instant et jusqu'à la guérison la température n'a jamais dépassé 37°.5. Dès le lendemain, le malade a commencé à manger, les forces se sont relevées rapidement en même temps que la suppuration se tarissait. Le drain fut enlevé le 10 décembre et la cicatrisation était complète le 14 et le 17. Un mois après le malade partait pour la France.

Observation VI.

Publiée dans les *Archives de Méd. nav.* — Résumée.

B..., anglais, 35 ans, est employé de commerce, sa constitution robuste lui a permis de vivre pendant dix ans en Chine. Dans le courant de la dernière année, il a contracté une dysenterie dont il s'est promptement débarrassé. Peu à peu les fonctions digestives s'exécutent mal, il y a des alternatives de constipation et de diarrhée, inappétence absolue. En même temps, B.... observe une sensation de pesanteur à l'hypochondre droit, mais qui ne va pas jusqu'à la douleur. Etat général assez bien conservé.

C'est dans ces conditions qu'il entre à l'hôpital de Sang-Haï le 15 octobre 1879. L'hypertrophie du foie et la fièvre avec exaspérations vespérales semblent des symptômes suffi-

sants au Dr Little pour qu'il fasse deux ponctions exploratrices qui n'amènent aucun résultat. Pourtant les symptômes s'amendent et le malade sort de l'hôpital le 28 octobre.

Huit jours après, la réapparition des premiers symptômes fait rentrer B.... à l'hôpital. Le Dr Little fait immédiatement une nouvelle ponction au-dessous des côtes et rencontre le pus à une profondeur de 7 à 8 centim. L'incision, pratiquée aussitôt, évacue 500 gr. environ d'un pus blanc et crémeux.

Dès le soir de l'opération, la fièvre a disparu. Le lendemain le malade mange avec appétit, le surlendemain il se lève et se promène dans la cour, et le 8e jour, c'est-à-dire le 12 novembre, il sort de l'hôpital emportant son drain et son pansement pour reprendre sa vie extrêmement active.

Que nous sommes loin de la lenteur des autres procédés! Dans l'espace d'un mois les malades sont complètement rétablis, et dès le jour de l'opération les symptômes s'amendent et aucun accident sérieux ne vient traverser la convalescence.

Résumons donc les agréments que présente le procédé de Stromeyer-Little :

1° L'infection purulente est évitée par l'emploi des antiseptiques, et les dangers d'une longue suppuration ne sont pas à craindre.

2° L'incision large de 6 centimètres permet un écoulement facile du pus et surtout des grumeaux et des lambeaux sphacélés. C'est là un avantage capital et qu'aucun autre procédé ne possède à un si haut point.

3° Le drain dont on diminue la longueur à volonté, fait cicatriser la plaie du fond à la surface et diminue ainsi les chances de récidive.

4° Enfin, les forces du malade ne sont pas épuisées si on intervient, comme Stromeyer-Little le veut, avant que

l'hépatite arrive à la période de cachexie. «Si on est bien disposé à intervenir, dit Ayme, pourquoi attendre que l'organisme soit détérioré par la fièvre, l'insomnie, l'inappétence et les troubles digestifs ; et que la suppuration d'abord limitée gagne de proche en proche les parties voisines en désorganisant un nombre de cellules de plus en plus considérable, jusqu'à détruire, comme on l'a constaté dans certaines autopsies, la presque totalité de l'organe qui n'est plus alors réduit qu'à une coque fibreuse, remplie d'un liquide épais tenant en suspension les éléments du foie transformés en bouillie (1).»

Pourtant, ces résultats semblaient si extraordinaires que M. Blot (2), au sein de l'Académie de médecine, s'obstinait à dire que Little, plus heureux que prudent, était tombé sur des cas dans lequel il existait des adhérences.

A cette objection sérieuse, M. Rochard trouvait une réponse dans la troisième opération (observation VI) pratiquée par Little, où il est question d'un abcès récent enseveli dans les profondeurs de l'organe et dépourvu par conséquent d'adhérences. Depuis cette époque, des faits nombreux sont venus s'ajouter au cas cité par M. Rochard, car la méthode de Stromeyer-Little, réellement supérieure à toutes les autres, a été adoptée par tous les médecins des colonies en attendant qu'elle entre dans la pratique de nos climats.

Nous terminerons notre modeste travail en rappelant que la méthode de Stromeyer-Little, comme toutes les autres d'ailleurs, serait incomplète, si on ne lui adjoignait pas les règles d'une bonne hygiène, que le médecin doit savoir appliquer en toutes circonstances. Les toniques et, au premier rang, le quinquina et le fer, aideront puissamment au relèvement

(1) Ayme, *loc. cit.*
(2) Bul. de l'Ac. de méd., 1880. Séance du 2 novembre.

des forces. Le suc gastrique sera rappelé dans l'estomac au moyen de la pepsine et la dyspepsie habituelle sera combattue par les amers. L'éréthisme nerveux sera calmé par les bains et la prostration trouvera son remède dans l'administration du vin et des autres stimulants. Enfin, l'hydrothérapie viendra couronner tout le traitement.

CONCLUSIONS.

L'hépatite suppurée, commune dans les pays chauds, ne s'observe guère chez nous que lorsque la dysenterie revêt le caractère putride et septique qu'on lui connaît dans ces pays.

L'hépatite offre rarement l'ensemble des symptômes que nous avons étudiés (8 fois sur 100 d'après Rouis). Le plus souvent elle s'établit d'une manière insidieuse, et dans des cas malheureux elle n'a été reconnue qu'à l'autopsie. Les meilleurs caractères sont tirés de la douleur, de l'hypertrophie du foie et des exaspérations vespérales que présente la fièvre.

Aussi le diagnostic présente-t-il de grandes difficultés. Il faut avoir recours à tous les moyens dont nous disposons, et notamment à l'examen des urines, lorsque la confusion peut s'établir avec une affection d'un organe voisin. La ponction exploratrice donne également d'excellents renseignements.

Les débuts de l'hépatite sont passibles d'un traitement antiphlogistique énergique. Les saignées locales, l'ipéca et les vésicatoires sont les principaux agents de cette thérapeutique.

Dans les pays chauds, où les accidents peuvent devenir très graves en peu de temps, on n'hésite plus à recourir au procédé rapide de Stromeyer-Little, dès que la suppuration est soupçonnée.

Dans nos climats où l'hépatite a généralement une marche chronique, on n'est pas coupable de ne pas en venir aussitôt à une opération sanglante, et d'autant plus dangereuse

qu'elle est pratiquée sur le foie. Aussi, s'il nous était permis d'énoncer une opinion personnelle, nous dirions qu'il faut adopter un moyen mixte. Nous commencerions à faire une ou plusieurs ponctions aspiratrices dès que le pus se formerait ; puis, s'il se reproduisait plusieurs fois en égale quantité, et surtout si la santé générale s'altérait profondément, nous aurions recours sans retard à un procédé rapide, et nous choisirions encore celui de Stromeyer-Little.

FIN.

Vu bon à imprimer :
Le Doyen,
J. BENOIT.

Vu :
Le Président censeur,
BOYER.

Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Cambay.— Traitement des maladies des pays chauds. Paris 1847.

Annesley.— *Researches on Diseases of the India*, 1825.

Rouis.— Recherches sur les suppurations du foie, 1860.

Dutroulau.— Maladies des Européens dans les pays chauds. Paris 1868.

Ramirez.— Traitement des abcès du foie. Observations d'Espagne et de Mexico. Paris 1867.

Murchison.— Leçons sur les maladies du foie. Trad. Cyr.

Frerichs.— Traité des maladies du foie. Trad. Duménil.

Bérenger-Feraud.— Traité clinique des maladies des Européens au Sénégal. Paris 1876.

Rendu.— Article *Foie* du dictionnaire deDéchambre.

J. Simon.— Article *Foie* du dictionnaire de Jaccoud.

Campardon.— Essai sur l'étiologie et le traitement des abcès du foie. Thèse de Montpellier 1850.

Rousse.— Des ouvertures des abcès du foie. Th. de Montpellier 1883.

Bonnaud — Quelques considérations sur les abcès du foie. Th. de Lyon 1881.

Arnaud.— Essai sur les rapports des affections du foie avec la dysenterie des pays chauds. Th. de Paris 1873.

Maurel.— Abcès du foie. Th. de Paris 1881.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

Auxquelles le Candidat doit répondre verbalement

en exécution de l'Arrêté du 22 mars 1842.

Chimie Médicale et Pharmacie.

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

Physique Médicale.

Des phénomènes d'endosmose chez les êtres vivants.

Botanique et Histoire Naturelle Médicale.

Exposer la structure de la sangsue. De l'ergot de seigle.

Anatomie.

Du système porte.

Anatomie pathologique et Histologie.

De la gangrène, au point de vue de l'anatomie pathologique.

Physiologie.

De la lymphe et de ses fonctions.

Pathologie et thérapeutique générales

L'intoxication palustre est-elle la cause *sine qua non* des affections morbides à quinquina?

Pathologie Médicale ou Interne.

De l'encéphalite et de son traitement.

Pathologie Chirurgicale ou Externe.

Des abcès métastatiques.

Thérapeutique et Matière Médicale.

Des préparations antimoniales.

Opérations et Appareils.

De la désarticulation du coude.

Médecine légale et toxicologie.

De l'empoisonnement par les champignons.

Hygiène.

Des moyens propres à vulgariser les notions d'hygiène.

Accouchements.

De la délivrance.

Clinique Interne.

Diagnostic de la tuberculisation générale aiguë.

Clinique Externe.

De la fièvre traumatique.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

De la lypémanie suicidique.

Titre de la Thèse à soutenir.

Des abcès du foie considérés surtout au point de vue du traitement.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !